A Blasquez (F)

**FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO**

# TRATAMIENTO INMEDIATO

DE LAS

# HERIDAS PENETRANTES DE VIENTRE

**COMPLICADAS DE SALIDA DEL EPIPLOON.**

POR


FRANCISCO BLASQUEZ

Alumno
de la Escuela de Medicina de México, Aspirante del Cuerpo de Sanidad Militar, Miembro titular
de la Asociacion Médico-Quirúrgica "Larrey," etc.







MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

CALLE DE LERDO NUMERO 3.

1877


C. J. M. Bandera, Sinodal Suplente

# TÉSIS INAUGURAL.

**FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO**

---

# TRATAMIENTO INMEDIATO

DE LAS

# HERIDAS PENETRANTES DE VIENTRE

**COMPLICADAS DE SALIDA DEL EPIPLOON.**

POR

FRANCISCO BLASQUEZ

Alumno
de la Escuela de Medicina de México, Aspirante del Cuerpo de Sanidad Militar, Miembro titular
de la Asociacion Médico-Quirúrgica "Larrey," etc.





MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
CALLE DE LERDO NUMERO 3.

1877

Causa verdadera satisfaccion, al recorrer la historia de un punto quirúrgico ó médico, encontrar las señales inequívocas del adelanto y progreso constantes. No es muy raro en medicina, y es por cierto bien triste decirlo, seguir una conducta invariable desde Hipócrates y Galeno hasta nuestros dias, sin que en muchos casos esta se halle competentemente autorizada por los buenos resultados alcanzados. Si en algunas circunstancias, la práctica recomendada por nuestros antepasados ha permanecido estacionaria, gracias á la sancion recibida de la experiencia, justo es tributar un homenaje de profunda admiracion y eterna gratitud á aquellos á quienes la posteridad debe un precepto inmutable; pero en otras se ve tambien, que materias discutibles por el poco desarrollo á que han llegado y el poco estudio de que han sido objeto, ya por su aridez ó por la dificultad de la empresa, han quedado sujetas á un lamentable abandono, que acaso las razones expuestas no basten para disculpar jamas á los hombres eminentes que en todas épocas se han visto llamados á ilustrar sus puntos oscuros.

Durante mis estudios profesionales y mi reducida práctica, me he sentido mil veces impulsado á arrancar una verdad del terreno que pi-

saba; pero mis reducidas fuerzas no tardaron en sacarme del halagador entusiasmo que anima á todo principiante, y desde entonces, muy á mi pesar, traté solo de apreciar los hechos y de obedecer con fe las verdades científicas erigidas en leyes.

No es extraño, pues, que halla preferido al fin de mi carrera dejar consignados en estos renglones los frutos de una pequeña pero útil observacion de hechos conocidos, á tratar de exponer, con una arrogancia impropia de mi persona, una teoría, un axioma, muy probablemente vanos y sin provecho para nadie. No es este el único motivo que me guiara al hacer semejante eleccion; tambien el deseo de contribuir por mi parte á formar el ya hermoso libro de nuestra cirugía nacional, ha influido mucho en mi ánimo para dejar estampadas unas líneas que honrarán siempre, más allá de los mares, á los inteligentes prácticos mexicanos.

Por otra parte, la estadística naciente de nuestro jóven pero entusiasta país, hallará en lo de adelante en este trabajo la recopilacion imparcial y concienzuda de once casos de heridas penetrantes de vientre complicadas de salida del epiploon, observados en el Hospital Militar de Instruccion en San Lúcas, desde el año de 1870 hasta la fecha.



Habiéndome limitado únicamente á estudiar los diversos modos de tratar estas lesiones; conociendo unas veces por la lectura de los libros y otras por mi experiencia personal ó la de mis maestros las ventajas y los inconvenientes que acompañan á cada uno de ellos, no me detendré en hacer la descripcion de la region que nos ocupa, de su fisiología ni de la parte patológica, porque son demasiado triviales para todos, semejantes conocimientos. Mi objeto se reducirá: 1º., á exponer la historia del tratamiento de dichas heridas desde la antigüedad hasta nuestros dias; 2º., á apreciar las diferentes líneas de conducta seguidas por los cirujanos enfrente de una herida

más ó menos reciente; 3o., á elegir el medio más apropiado para combatir con éxito los accidentes consecutivos. Por último, y en 4o. lugar, extenderé las observaciones recogidas por mí y que vendrán en apoyo del tratamiento preconizado.

*
* *

En toda época los cirujanos han tenido en cuenta para conducirse respecto de las heridas penetrantes de vientre con hernia del epiploon, un grupo de circunstancias que seria prolijo enumerar todas, pero que algunas de ellas deben ser consignadas aquí. Se refieren: 1o., á la extension de la herida; 2o., á la porcion de epiploon herniado; y 3o., á su estado más ó menos sano. Esta última condicion, sobre todo, ha sido siempre considerada como de una importancia verdaderamente capital por nuestros antepasados. Galeno, de quien habla Paul d'Egine[1] en su obra, reducia el epiploon siempre que estaba sano, y en caso de gangrena, aunque sin dejar de reducirlo, ligaba sobre la parte viva y cortaba debajo de la ligadura, previniendo así la hemorragia consecutiva en la cavidad peritoneal que entonces, como ahora, se temia, y con razon. Por lo dicho se ve que solo hacia variar la antigua manera de proceder, el estado del epiploon; la extension de la herida y la porcion de tejido escapado por ella, ni se mencionan como capaces de modificar el procedimiento seguido.

J. M. Chelius, en su Tratado de cirugía[2], se expresa así: «Cuando el epiploon forma hernia, que está sano y que la herida es bastante extensa, se le introduce en el abdómen, con el índice de las dos manos; cuando está cubierto de tierra, de sangre, etc., se debe, antes de introducirlo, lavarlo con agua tibia, y aun cuando la inflamacion se hubiere apoderado de él; si está estrangulado se agranda la herida. Pero si el epiploon está muy contundido y en parte

1 Pauli Aeginetæ, de re medica, libris septem, liv. VI, ch. LII.
2 J. M. Chelius. Traité de Chirurgie. Tome premier, pag. 174.

desorganizado, seria de temer, despues de la reduccion, una peritonitis consecutiva; en estos casos se le deja fuera, cubriéndole de compresas mojadas en agua de malvas. Se hace lo mismo cuando el epiploon está gangrenado: el consejo dado por algunos prácticos, de extenderlo, de quitar con las tijeras las partes gangrenadas, de hacer la ligadura de los vasos divididos, debe ser desechado por frecuentemente inútil, puesto que aquel ha contraido ya adherencias con los labios de la herida. Cuando una pequeña porcion del epiploon ha salido á través de una herida estrecha de la parte superior del abdómen y que la reduccion no puede hacerse sin desbridamiento, se le debe abandonar á los solos esfuerzos de la naturaleza.» Larrey, [1] á propósito de esta última circunstancia, dice que entonces forma adherencias con los bordes de la herida, se cubre de granulaciones, impide la formacion de hernias ventrales al nivel de esta herida, y ó bien sucede que el epiploon se desprende y cae, ó bien entra poco á poco á la cavidad abdominal.

Dupuytren [2] abandona á sí mismo el epiploon herniado, evitando así su contusion inevitable cuando la reduccion trata de hacerse en una herida muy estrecha; se dispensa por este medio de agrandar la herida, que en su concepto aumenta las predisposiciones del sugeto á las hernias consecutivas. Por otra parte, cree que tanto la seccion del epiploon como su reduccion sin ella, exponen unas veces á la hemorragia y otras á las inflamaciones peritoneales, mucho menos frecuentes estas últimas siguiendo su conducta citada.

Ha visto tambien las epiplóitis más comunmente á consecuencia de la ligadura del epiploon, por cuyo motivo desecha esta práctica. El mismo autor, en sus lecciones orales dadas en el Hotel Dieu de Paris, [3] se extiende más respecto de indicaciones, como puede verse por lo que á continuacion traduzco: «Cuando el epiploon está herido,

1 Larrey, Mémoires de Chirurgie militaire, vol. III, pag. 439.
2 Médecine Operat. de Savatier, T. II, pag. 142, edit. de Sanson, 1832.
3 Leçons Orales de Clinique Chirurgicale. Tome sixième, 1839, pag. 451.

dividido, y que los vasos que entran en su composicion están abiertos y dan sangre, es necesario, antes de reducirlo en el abdómen, detener este escurrimiento por la torsion, el frotamiento ó la ligadura. Cuando se ha empleado esta última, se la mantiene fuera de aquel hasta su caida. El epiploon, vuelto á llevar al vientre, contrae ordinariamente adherencias con el interior de los labios de la herida. Estas adherencias ocasionan en ciertos casos algunos accidentes, particularmente dolores y tiramientos en el abdómen y el epigastrio despues de las comidas. Estos tiramientos obligan algunas veces á las personas que los padecen á mantenerse encorvadas hácia delante durante la digestion estomacal. Se puede prevenir este accidente recomendando al herido mantenga el tronco recto ó aun encorvado hácia atrás durante el tiempo de su herida, é inmediatamente que sea posible se le dan alimentos fáciles de digerir y poco nutritivos, á fin de desarrollar el estómago sin recargarlo.

Cuando el epiploon ha estado estrangulado durante mucho tiempo en la herida, que está gangrenado, ó bien que esta gangrena ha sobrevenido á consecuencia de desgarradura, de mortificacion consecutivas á su salida del abdómen, se aconseja cortar esta porcion gangrenada con tijeras despues de haber tenido el cuidado de desenvolverla para asegurarse de que no existe en su masa ninguna porcion de intestino, y reducir el resto en el abdómen despues de haber tocado con un pincel embebido de licor astringente los vasos que dan sangre, á fin de evitar una hemorragia y un derrame sanguíneo abdominal. Esta reduccion no deja de tener su inconveniente, porque á pesar de esto puede producirse la hemorragia. La ligadura en masa, despues su seccion adelante de esta ligadura y su reduccion en el vientre conservando las extremidades del hilo en el ángulo superior de la herida hasta su cicatrizacion, es un método que ha sido seguido algunas veces de accidentes muy graves y aun de síntomas de estrangulamiento, por cuya razon se ha abandonado. Este método habia sido tambien propuesto en el caso en que el epiploon estaba sano,

pero hinchado é irreductible: se cortaba esta porcion herniada con el objeto de evitar un desbridamiento, y se reducia el resto en el vientre. Las experiencias sobre los animales vivos, y la práctica, habiendo señalado los peligros de esta manera de obrar, son la causa de que sea actualmente desechada. Es mejor, en el caso de gangrena ó de alteraciones del epiploon que hacen temer la gangrena, dejarlo afuera y abandonado á la naturaleza.»

El Baron Boyer [1] está enteramente de acuerdo con las ideas emitidas por Dupuytren, exagerando, sin embargo, los inconvenientes que resultan de las adherencias del epiploon con las paredes del vientre, y que fundándose en su práctica personal así como en las experiencias de Luis y Pipelet, atribuye á la ligadura del epiploon. [2] «.... Las experiencias de Luis y Pipelet vienen en apoyo de lo que acabamos de decir: han sido hechas sobre perros, á los cuales se sacaba una porcion del epiploon por una herida del vientre. A unos se les ligaba, á otros se les frotaba dejándole expuesto al aire, ó se les reducia. Los primeros estaban enfermos, con sufrimientos y sin apetito durante muchos dias; los segundos lo conservaban, así como su agilidad ordinaria, y sus heridas se curaban despues de la separacion de las partes cuando el epiploon no habia sido reducido en el vientre. Se ha matado despues á unos y otros y el abdómen ha sido examinado. Se ha encontrado una simple adherencia en aquellos cuyo epiploon no estaba ligado, mientras que en los otros habia constantemente fuertes adherencias con la parte interna de la herida, y en todos en este lugar, un tumor duro, en el centro del cual estaba un absceso lleno de una materia blanca y verdosa que habria podido producir más tarde accidentes fatales.

Está, segun esto, bien demostrado que es preciso renunciar á la ligadura del epiploon.»

Felipe Boyer, que ha observado muchos casos de hernias ingui-

1 Traité des maladies chirurgicales. Cinquième édition. Tome sixième, 1849, pag. 36.
2 Loc. ct., pag. 38.

nales ó crurales en las cuales el epiploon era adherente al saco herniario, ó en las que ha quitado una porcion de aquel que ha contraido entonces adherencias con los labios de la herida, nunca vió á los enfermos quejarse de dolores ó tiramientos, ni antes ni despues de la operacion, á pesar de haberlos vuelto á ver cuando habia pasado mucho tiempo despues de esta.

Roche, Sanson y Lenoir [1] dedica á esta cuestion unos cuantos renglones, en los que aparece bastante explícito. «........ Cuando el epiploon solo es el que forma hernia, se puede sin inconveniente abandonarle á sí mismo, exceptuando, sin embargo, los casos en que estando fuertemente tendido entre sus puntos de insercion naturales y la herida á que está fijo, impida los movimientos de enderezamiento del tronco, porque entonces es necesario reducirlo.»

Nelaton [2] distingue tres casos: epiploon sano y no estrangulado; sano y estrangulado; y por último, gangrenado. En el primer caso da como precepto general, reducir; en el segundo, abandona el epiploon al exterior, temporizacion aconsejada tambien por Robert, que sin preocuparse absolutamente de los tiramientos consecutivos, teme la inflamacion que resulta de las maniobras necesarias para la reduccion. Cuando el epiploon está gangrenado, la práctica de Nelaton es cortar la parte mortificada y abandonar la hernia á sí misma sin colocar ligadura previa, por temor de ver nacer los accidentes que Pipelet ha señalado en su Memoria [3]. En cuanto á los tiramientos consecutivos al abandono de la hernia epiplóica en la herida, los juzga como Robert, Gunzius, Lawrence [4] y H. Larrey [5], demasiado raros.

1 Nouveaux Eléments de Patologie Chirurgicale. Quatrième édition. Tome troisième. 1844, pag. 501.

2 Eléments de Patologie Chirurgicale. Tome quatrième. 1857, pag. 116.

3 Pipelet. Mémoires sur la ligature de l'epiploon. (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. III, pag. 394.)

4 Lawrence. Traité des hernies. Trad. de Beclard y de M. J. Cloquet, pag. 283.

5 Mémoires de l'Académie de Médecine, 1845, t. XI, pag. 665.

Vidal (de Cassis)[1] abandona el epiploon en la herida siempre que está sano y no estrangulado y cuando su reduccion ofrece alguna dificultad; el órgano herniado entra despues, segun él, poco á poco á la cavidad abdominal, y no está en esto de acuerdo con Hugier,[2] que cree la reduccion preferible para prevenir las hernias epiplóicas consecutivas, y sí en cambio con Verdier[3] y H. Larrey[4] que son partidarios de la espectacion en los epiploceles traumáticos.

Cuando el epiploon está estrangulado, adopta la práctica de Boyer y Marjolin, que consiste en cortar la porcion excedente en el caso en que el enfermo no experimenta tiramientos invirtiendo el tronco hácia atrás, y desbridar la herida en el caso contrario.

Sigue el consejo de Marjolin, por último, en el caso de epiplocele traumático gangrenado: «Segun este cirujano, si una pequeña porcion de epiploon está atacada de gangrena, es preferible dejarla en la herida y confiar á la naturaleza la eliminacion de la parte mortificada. Si la porcion gangrenada es más voluminosa, se reseca en lo muerto y se abandona el resto en la herida; ó bien tambien se puede cortar en lo vivo, ligar separadamente cada una de las arterias epiplóicas, desbridar y reducir.»

Sedillot[5] aconseja reducir el epiploon cuando está libre y sano, desbridar la herida si está simplemente estrangulado, y abandonarlo al exterior cuando está gangrenado, cortando en la parte muerta cuando la hernia es muy considerable.

Fano[6] reduce en el primer caso; desbrida la herida abdominal y procede á la reduccion en el segundo, y por último, en el tercero se somete á los preceptos de Boyer, que consisten, como sabemos, en cortar el epiploon mortificado, sin pasar de los límites de la gangrena,

1 Traité de Pathologie externe. Cinquième édition, 1861. T. quatrième, pag. 118.
2 Hugier. Bulletins de la Société de Chirurgie. 1850.
3 Verdier. Mémoires de l'Académie de Chirurgie. T. III, pag. 67.
4 Bulletins de la Societé de Chirurgie. Séance du 17 Avril 1850.
5 Traité de Médecine operatoire. Quatrième edition, 1870. T. II, pag. 344.
6 Traité elémentaire de Chirurgie, 1872. T. II, pag. 562.

á fin de prevenir toda hemorragia, y abandonar el resto á la reduccion ó á la atrofia espontáneas, á fin de no exponer al herido á una inflamacion consecutiva.

P. Denucé [1] abandona en todos los casos el epiploon al exterior, adaptándose á la ley formulada por Larrey y desarrollada por H. Larrey y por Alph. Robert, limitándose á hacer un ligero desbridamiento en uno de los ángulos de la herida, cuando existen algunos síntomas de estrangulamiento. Propone reducir, en el caso en que el cirujano es llamado inmediatamente despues del accidente y que encuentra el epiploon perfectamente sano y limpio.

J. F. Malgaigne [2] emite su opinion en los términos siguientes: «....... He comenzado, como otros muchos, por reducirlo (el epiploon) cuando me parecia sano, y al principio el éxito me estimuló á perseverar. Pero despues han venido los reveses: dos veces la reduccion del epiploon ha sido seguida de muerte, y en uno de estos casos la autopsía me demostró que se habia gangrenado en el vientre. Entre este peligro tan grave y los inconvenientes muy ligeros del epiploon que se deja afuera, no hay que vacilar, y por mi parte ya no lo reduzco.»



Para poder apreciar de un modo á la vez útil y metódico, las diferentes líneas de conducta seguidas por los cirujanos extranjeros respecto de las heridas penetrantes de vientre con salida del epiploon, es indispensable colocarnos en las diversas circunstancias que estas pueden presentar. Adoptaremos la division clásica propuesta por la mayoría de los autores y que tiene especialmente relacion con las indicaciones inmediatas, siendo nuestro objeto en este caso hacer una

1 Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques de Jaccoud, 1864, art. Abdomen, pag. 116.

2 J. F. Malgaigne. Manuel de Médecine operatoire. Huitième édition par Leon Le Fort. T. II, 1877, pag. 356.

crítica severa, pero justa y fundada en la práctica nacional, tanto extraña como propia, de todos los procedimientos que se han usado para combatir la complicacion de las lesiones que ahora nos ocupan.

El epiploon herniado puede estar sano y no estrangulado; sano y estrangulado; gangrenado ó herido por el mismo instrumento que ocasionó la herida y que en todo este trabajo la consideramos producida por instrumento cortante, atendiendo á que nuestras observaciones personales están comprendidas exclusivamente en esta clase. Aunque algunos cirujanos solo hayan tenido en cuenta para proceder, el estado del epiploon, nosotros no olvidaremos dar importancia tambien á la extension de la hernia, puesto que, como veremos despues, de su volúmen dependerán algunas precauciones que, despreciadas, traerán más tarde arrepentimientos funestos.

Es una positiva desgracia la completa anarquía que ha reinado entre los prácticos extranjeros desde la antigüedad hasta nuestros dias, y entre los cirujanos mexicanos, por fortuna solo hasta el año de 1844, cuando tenian que tratar una hernia del epiplon sano y limpio al través de una herida absolutamente reciente. En cirugía como en medicina, se juzga siempre de la bondad de los medios empleados contra tal ó cual afeccion, por el número de ellos, ó más claro: el éxito de la curacion está en razon inversa de la cantidad de los medios aconsejados. Cuando se está en completo desacuerdo respecto de la conducta que debe seguirse en tal ó cual caso, equivale esto á tanto como á decir que no hay un recurso seguro para conseguir el fin propuesto. Fácilmente se comprende que lo dicho es aplicable al epiploon herniado y sano: unos, y son los más, lo reducen inmediatamente por temor de ver sobrevenir en el caso contrario, tiramientos intestinales ó del estómago á consecuencia de las adherencias contraidas por aquel en los labios de la herida; otros no lo reducen, y se limitan á abandonarlo al exterior sin temer este accidente; y otros, por último, manteniéndose en una prudente reserva y sin ser tan exagerados como aquellos, recomiendan reducir siempre que, atendiendo á la ex-

tension de la hernia, temen los tiramientos dolorosos cuando es muy voluminosa, y le abandonan afuera cuando por su pequeñez ó invirtiendo el tronco hácia atrás, no experimenta el enfermo ni tension ni molestia interior. No es esto todo: la alimentacion tiene una importancia considerable en concepto de todos ellos bajo el punto de vista del tratamiento, atribuyéndole en gran parte, ora el éxito, ora las inflamaciones consecutivas. En efecto, unos recomiendan la dieta para evitar los movimientos intestinales que, estimulados por el bolo alimenticio, favorecerian la reduccion de la hernia y pondrian así en peligro la salud del enfermo exponiéndole á la peritonitis; en cambio, otros proponen, cuando abandonan el epiploon á la naturaleza, dar algunos alimentos de fácil digestion que por su presencia en el tubo digestivo provoquen las contracciones de las fibras lisas y vayan de este modo habituando al mesenterio á poner en juego su elasticidad y á dar de sí lo suficiente para prevenir más tarde los tiramientos dolorosos consecutivos. Estos últimos llegan hasta aconsejar al enfermo la inversion del tronco hácia atrás durante todo el tratamiento, con el fin de coadyuvar al mismo objeto.

¿Que debemos decir de semejantes medios? ¿Cómo debemos juzgar una oposicion tan marcada en el modo de proceder? No es difícil, y para descubrir la verdad podemos seguir dos caminos: ó demostramos con hechos la primacía de un medio mejor, ó negamos que la experiencia haya sancionado por sus buenos éxitos los recomendados por otros. Nos encontramos en el caso de adoptar los dos; pero reservando para despues, describir el que preferimos, solo nos resta por ahora hacer saber que los procedimientos empleados hasta aquí cuentan todos más reveses que éxitos.

En cuanto al estrangulamiento que acompaña algunas veces al epiploon herniado en las heridas penetrantes de vientre y que constituye el segundo caso de indicacion especial, es, en nuestro concepto, un accidente que no ha sido combatido antes de ahora segun los procedimientos ya descritos, por un medio capaz de haber recibido de

los éxitos la verdadera autorizacion terapéutica; lejos de esto, la desbridacion preconizada por unos, seguida de la reduccion de la hernia, así como tambien el abandono de esta á los esfuerzos de la naturaleza, han producido en multitud de circunstancias extensas peritonitis mortales. El análisis de estos hechos nos induce á no aceptar como bueno ni el consejo de desbridar y reducir, ni el de fiarse mucho en la naturaleza, y á tratar de buscar otro medio mejor que esté más de acuerdo con el fin último de la medicina, es decir, curar.

La misma aplicacion podemos hacer de estos principios cuando el epiploon herniado y herido á la vez por el mismo instrumento, causa de la lesion abdominal, ha sido reducido despues de ligar los vasos, ó abandonado simplemente al exterior. Las agudas inflamaciones peritoneales sobrevenidas en ambos casos, no son de tan poca importancia para olvidarlas y no tomarlas en séria consideracion cuando nos encontremos en las circunstancias referidas.

Por último, el epiploon herniado y gangrenado ha sido la causa de discusion formal en la manera de proceder; pero tanto la seccion en la parte viva como la reduccion con ligadura y la aplicacion previa de sustancias astringentes y aun cáusticas, han determinado accidentes que no hablan, en nuestro concepto, muy alto en pró de los medios preconizados.

La circunstancia de que la porcion herniada al haber sido abandonada al exterior, haya dado lugar despues de la gangrena y la eliminacion de los tejidos mortificados, á la formacion de un ano contranatural por haber quedado comprendida una parte de intestino en aquella, ha hecho nacer la precaucion, recomendada por todos los cirujanos, de desplegar y desdoblar el epiploon herniado antes de reducirlo, para asegurarse de que no existe á la vez una hernia intestinal. Más tarde veremos que tampoco nosotros olvidamos esta prevencion, si bien es cierto que la tenemos en cuenta, no al reducir sino al ligar.

Hé aquí hecha la apreciacion de los diferentes procedimientos seguidos por los cirujanos, en las diversas circunstancias que hacen variar

las indicaciones, respecto del tratamiento de las heridas penetrantes de vientre complicadas de hernia del epiploon. Vamos á pasar ahora en revista los consejos dados por los prácticos mexicanos y que hemos encontrado consignados en algunos periódicos nacionales y en una Tésis del Dr. Mauricio Flores. Cábeme la satisfaccion de haber recopilado en este trabajo lo más importante escrito sobre la materia, quedándome solo por ahora agrupar y arreglar las ideas de mis maestros, esparcidas acá y acullá, apreciarlas hasta donde me sea posible ayudado de la razon y la experiencia, y contribuir con un número reducido, pero verídico, de observaciones que vendrán en apoyo de mi modesta opinion.

***

Antiguamente existia en México una anarquía análoga á la de ultramar respecto del tratamiento de las lesiones de que venimos ocupándonos; ningun procedimiento predominaba entonces de una manera clara, aunque más bien podriamos decir, ateniéndonos á la tradicion, y no porque hayamos encontrado nada escrito sobre el particular, que la reduccion era la regla en la mayoría de los casos.

Resulta de una conversacion que he tenido con un antiguo é ilustrado profesor de nuestra Escuela Nacional de Medicina y maestro de muchos de los actuales profesores, que en 1838 se hizo la primera ligadura del epiploon, mediando circunstancias especiales que, segun las ideas en boga en aquella época, no la indicaban de ninguna manera. El Sr. D. Luis Hidalgo y Carpio, que es el profesor á quien me refiero, me ha relatado el caso detalladamente y cuyos principales puntos son los siguientes: en el año de 1838, siendo aún estudiante del 4.º año de Medicina y practicante menor del Hospital de San Andrés, recibió, durante una de sus guardias sanitarias, un individuo con una herida pequeña en el abdómen, que daba salida á casi todo el gran epiploon. Habiendo tenido en cuenta la extension de la

hernia y reflexionado en los peligros consecutivos de la amplísima desbridacion que habria tenido que hacer para operar la reduccion, colocó una ligadura en el pedículo del tumor al nivel de la solucion de continuidad ventral, y cortó encima, y á una pulgada de ella, la porcion herniada. Al dia siguiente presentó al Dr. Terán, encargado del servicio de la sala, el epiploon que habia quitado, quien manifestó grande asombro por la conducta referida. El herido no presentó ningun accidente, y la curacion no se hizo esperar mucho tiempo.

Este fué el primer caso de ligadura del epiploon en condiciones que parecian contraindicarla, y su feliz éxito dió lugar más tarde, en 1842, á que el Sr. Hidalgo y Carpio, apoyándose en hechos, defendiera su procedimiento en una de las sesiones de la Academia de Medicina y terminara proponiendo lo que á continuacion cito:

[1] «Extracto del acta de la Academia del dia 20 de Febrero del presente año.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

«El Sr. Hidalgo Carpio comunicó á la Academia que, segun sus observaciones, cree que en las heridas penetrantes de vientre con salida del epiploon no se debe reducir este sino en casos excepcionales, debiendo en lo general aplicar una ligadura fuerte y dejarlo afuera, pudiendo entonces, sin inconveniente, cortarlo una pulgada distante de la ligadura, en el caso que la porcion que hubiere salido fuese considerable, como por ejemplo la mayor parte del gran epiploon: de este modo se ha asegurado que se evitan las funestas consecuencias que debe necesariamente producir la reduccion de unos tejidos comunmente inflamados ya por el roce de los vestidos, y que se desgarran fácilmente durante aquella operacion. Cita varios casos en que ha seguido la práctica que propone con feliz resultado, y al mismo tiempo habló de otros recientes, en que habiéndose hecho la reduccion sobrevino la peritonitis, y no se ha encontrado despues de la muerte

1 Periódico de la Academia de Medicina de México. Segunda serie. T. I, 1842, p. 372.

más que el epiplon inflamado sin complicacion de herida de alguna víscera del abdómen; de manera que para su práctica particular la experiencia le ha enseñado las reglas siguientes:

1.ª Ligar el epiploon y dejarlo fuera siempre que la porcion que hubiere salido fuese considerable; que haya sido interesado por el instrumento que produjo la herida; que esté inflamado por el roce con los vestidos; en fin, que la herida esté situada en alguno de los últimos espacios intercostales, ó que sea muy estrecha.

«2.ª Reducirlo únicamente cuando habiendo salido una pequeña porcion de él, ni esté inflamado ni interesado por el instrumento, y que la herida exterior, además de estar situada en el abdómen, sea ámplia proporcionalmente y reciente.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . »

A propósito de las heridas penetrantes de vientre que han dejado escapar el epiploon al exterior al través de una herida del diafragma, ó lo que es lo mismo, cuando el instrumento cortante, habiendo practicado una solucion de continuidad en uno de los últimos espacios intercostales, ha hecho á la vez una herida penetrante doble de pecho y vientre que ha dejado salir el epiploon, el Sr. Hidalgo Carpio me ha manifestado la imprescindible necesidad de ligarlo y no reducirlo jamas, porque esta operacion puede dar lugar á un estrangulamiento intestinal al través de la abertura del diafragma, que más tarde puede dar paso á una asa de intestino, si es que no ha quedado abierta, reteniéndola desde el principio. En apoyo y como fundamento de este temor, me ha referido un caso con síntomas manifiestos de estrangulamiento intestinal observado por él y el Sr. Borrayo en el Hospital de San Hipólito el año de 1848, cuando este establecimiento estaba consagrado al servicio de cirugía. Se trataba, repito, de un individuo que, presentando fenómenos muy acusados de estrangulamiento intestinal, ofrecia como antecedente único capaz de ligarse con la enfermedad que entonces tenia, haber recibido una herida en uno de los últimos espacios intercostales, complicada de hernia del epiploon y tra-

tada por la reduccion. En aquella época se veia aún clara la cicatriz de la herida, y como era natural, dichos doctores sospecharon que el estrangulamiento reconocia por causa el paso de una asa intestinal al través de la herida del diafragma, que aun se mantenia abierta. En efecto, muerto el enfermo despues de pocos dias, y practicada la autopsía, se encontraron en el cadáver las alteraciones anátomo-patológicas que durante la vida se habian sospechado. Desde entonces el profesor á quien me refiero, no vacila en recomendar en estos casos, y siempre, la ligadura del epiploon, con el firme propósito de obturar con este mismo la abertura diafragmática, evitando así la introduccion de una asa intestinal que puede despues ser estrangulada. La conducta del Sr. Hidalgo Carpio, más que todo, la intencion que se propone al pensar de esta manera, es enteramente racional; ¿pero está seguro en estos casos, de que la porcion herniada es de la misma naturaleza en su paso, al través de la pared costal, que entre los labios de la herida diafragmática? ¿Y no es muy fácil que por la primera abertura haya pasado simplemente el epiploon, mientras que la segunda haya dado paso á este y al intestino á la vez? Por otra parte, ¿no es muy natural suponer, que mientras más lejos de la herida diafragmática, y hácia afuera esté la porcion epiplóica herniada, más cerca de aquella ó aun entre sus bordes, estará el intestino? En resúmen: ¿la ligadura del epiploon afuera de la herida, habiendo atravesado este el diafragma y la pared torácica, evita el estrangulamiento de una porcion de intestino que estuviera ya colocado entre los labios del ojal diafragmático? Indudablemente no; y respetando, como es justísimo, la opinion del Sr. Hidalgo y Carpio, suficientemente autorizada por su larga experiencia y sus extensos conocimientos, me tomo la libertad de objetarle con esta simple pregunta: ¿En el caso referido, se habria evitado el estrangulamiento ligando el epiploon al exterior, siendo así que es casi seguro que tanto este como el intestino estaban comprendidos en la herida diafragmática? Difícilmente se me podria contestar por la afirmativa; cuan-

do mucho, y en esto estamos de acuerdo, podria decírseme que la ligadura está indicada cuando el epiploon solo hace hernia, porque en este caso el tejido interpuesto entre los labios de la herida diafragmática, formando un tapon sólido por sus adherencias con ellos, evitaria que un nuevo esfuerzo diera lugar á la introduccion de una asa del intestino en la misma abertura, cuando reducido aquel á la cavidad abdominal por completo, no hubiera quedado ninguna porcion (caso muy remoto) en la cavidad pleural. Efectivamente, haciendo el análisis de semejante clase de heridas, nos encontramos: 1.º, hernia del epiploon al través del diafragma y de la pared torácica; y 2.º, hernia epiplóica al través de la última y un entero-epiplocele diafragmático. La reduccion en el caso de simple epiplocele, no podria verificarse totalmente por la imposibilidad en que nos encontrariamos de obrar de un modo directo sobre el anillo que llamaremos interno; nos hariamos la ilusion de reducir á la cavidad abdominal cuando verdaderamente no habriamos hecho otra cosa que la introduccion á la cavidad pleural; y si bien es cierto que conseguiriamos así la obstruccion de la abertura diafragmática, en cambio habriamos dejado dentro de esta última una porcion de tejidos capaces de mortificarse y de traer, como consecuencia, la inflamacion de la serosa. No queremos decir con esto que ligando el epiploon deje de permanecer en la cavidad pleural una parte, que, como cuerpo extraño, pudiera determinar tambien más tarde una flegmasía, pero por lo menos dejariamos de poner en contacto con las pleuras, siguiendo este procedimiento, un tejido, si no inflamado, de seguro congestionado, y por consiguiente próximo á inflamarse.

No cuento en mi práctica ningun hecho que sobre esta materia pueda ilustrarme; pero viniendo la lógica en mi auxilio, creo que este seria el único caso en el cual encontraria el Sr. Hidalgo y Carpio la aplicacion de su ligadura, cuando da como fundamento para conducirse así, la obturacion del anillo interno y la seguridad de que no se efectuará despues el estrangulamiento intestinal.

En el entero-epiplocele diafragmático, caso que no debia ocuparnos aquí por salirse de nuestro objeto, la ligadura del epiploon afuera de la herida torácica no evitaria, en nuestro concepto, ni los estrangulamientos inmediatos, ni los consecutivos; pero como por otra parte la reduccion tampoco los evitaria, por las razones expuestas, sino que muy al contrario, vendria á aumentar los peligros existentes agregando el de la inflamacion pleurética, creo muy racional tambien la conducta del Sr. Hidalgo y Carpio, advirtiendo solo, que no estoy de acuerdo en las razones en que para ello se apoya, pues como hemos visto, otras muy distintas son las que deben indicarla.

En una Memoria del Sr. José M. Villagran sobre las heridas penetrantes de vientre complicadas con hernia del epiploon, [1] hemos encontrado apoyada la conducta anterior, con cuarenta observaciones recogidas por dicho señor en el departamento de cirugía de presos del Hospital de San Andrés durante dos años, siendo todavía en aquella época (1844) estudiante de medicina. Pone en paralelo los resultados obtenidos siguiendo tal ó cual tratamiento, y divide los cuarenta casos de la manera siguiente: diez en los cuales se ha ligado el epiploon y han muerto; en todos ellos, menos uno en el que la muerte se debe á la infeccion purulenta por heridas con fractura del cráneo, habia además perforacion de algun intestino. En nueve casos de muerte, despues de la reduccion, un solo cadáver tenia herido el intestino. Dos casos de curacion despues de reducir el epiploon presentaban heridas pequeñas con hernia epiplóica de poca importancia. Por último, en los diez y nueve casos restantes, se ha ligado el epiploon con éxito y las dimensiones de la hernia han sido variadas.

En dicho trabajo el Sr. Villagran se propone probar: 1.º, la frecuencia en México de las heridas penetrantes de vientre con la complicacion citada; y 2.º, su gravedad; pero en lo que se fija más particularmente y que constituye en realidad la tercera parte de su cuestion, es en exponer el método que debe seguirse para su tratamiento y en manifes-

[1] Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México, 1844, pág. 247.

tar despues los inconvenientes que resultan de los adoptados hasta entonces. Cita, para empezar, las reglas propuestas por el Sr. Hidalgo y Carpio, consigna sus observaciones personales, y deduce así:

«En todos los que ha habido tension, ha desaparecido de los seis á los diez dias. Segun todos estos casos, se nota que en los individuos que han sucumbido á pesar de haberse ligado la porcion salida, la muerte ha sido debida á otros accidentes, ya inmediatos, como heridas de las vísceras ó de los vasos interiores del vientre, ó ya á otros consecutivos, pero todos independientes de la ligadura; que, por el contrario, en los que han muerto despues de habérseles reducido, esta terminacion se ha debido á los accidentes de la peritonitis, que los que han vivido son sumamente raros y en casos muy excepcionales; mientras que en la ligadura se han salvado de la muerte todos aquellos en quienes no ha habido otras de las complicaciones indicadas.»

Despues de reprochar el abandono de la hernia al exterior y el desbridamiento de la herida, porque lo primero expone á las peritonitis, y lo segundo á las hernias consecutivas, demuestra hasta la evidencia con los hechos de curacion citados anteriormente, que los tiramientos intestinales nunca son de una importancia tal que el temor de su aparicion haga contraindicar la ligadura, pues aquellos desaparecen en muy poco tiempo.

El resúmen de su trabajo está contenido en las siguientes líneas que copiamos: «....... por lo que debo concluir, que como método general, debe adoptarse la ligadura del epiploon siguiendo las excepciones dichas en la 2ª regla sentada por el Sr. Hidalgo y que ya antes he referido.»

El Dr. Flores Mauricio se expresa, respecto del asunto que nos ocupa, de la manera siguiente: [1]. «. . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

«Esta es la ocasion de acordar un hecho de práctica nacional im-

1 Ensayo sobre un nuevo método de curacion de las heridas del vientre penetrantes y complicadas. Tésis de México, 1874, pág. 32.

portantísimo por sus consecuencias. Me contraigo á la conducta que debe definitivamente seguirse cuando se trata de las heridas penetrantes de vientre, con la salida de una parte más ó menos grande de epiploon. En todos los libros de cirugía de autores extranjeros que he recorrido, se aconsejaba su reduccion sin condiciones, por temor de que sobreviniera una inflamacion; pero en México, desde hace mucho tiempo, se procede al contrario, y se observa que, cuando la reduccion ha tenido lugar, la peritonitis ha sido terrible, y en muchos casos, que son los más frecuentes, no se ha podido vencer. El procedimiento seguido consiste en ligar fuertemente un pedúnculo más ó menos grueso, que se detiene fuera de la herida, cubriéndolo con un lienzo enceratado, y esperando, si la masa no es muy saliente, á que caiga por gangrena haciendo que sirva de tapon para la herida la base del pedúnculo, ó cortándolo encima de la ligadura cuando es muy grande la porcion del epiploon que se ha herniado. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .»

Parece deducirse de lo expuesto que el Sr. Flores no estaba perfectamente al tanto de la conducta seguida por los Sres. Dres. D. Luis Hidalgo y Carpio y D. José M. Villagran, pues atribuye al primero la ligadura en todos los casos de hernia del epiploon, segun se lee en la página 52 de su escrito, siendo así que dicho señor en la 2.ª regla hace algunas excepciones perfectamente explícitas. Bueno es tributar al Sr. Hidalgo y Carpio un homenaje de consideracion por haber sido el primero que propusiera como método general la ligadura del epiploon; pero en mi concepto es falso atribuirle un método exclusivo.

Posteriormente se ha seguido en todos los hospitales la línea de conducta, con sus excepciones, propuesta por el Sr. Hidalgo y Carpio, y desde aquella época no he encontrado consignados en ninguna obra mexicana, datos que vinieran á corroborar ó modificar el procedimiento empleado en México. La tradicion sola ha venido á enseñarnos que desde el año de 1856, el Sr. Dr. D. Juan Navarro, en el Hospital de San Andrés, como método general y exclusivo empleaba la ligadura del epiploon en todos los casos.

El éxito alcanzado entonces autorizó más tarde al Sr. Dr. D. Francisco Montes de Oca á ponerlo en práctica, con felices resultados, en el Hospital Militar.

Las siguientes observaciones, recogidas por mí en las ordenatas de dicho establecimiento desde el año de 1870 al de 1876, vienen á apoyar la conducta de estos dos últimos doctores, y que yo por mi parte, aceptándola sin restricciones, la propongo para lo sucesivo como suficientemente sancionada por la experiencia.

***

1.ª—1870.—Sala de Cirugía, núm. 2.—Bernardo Vera.—20 de Marzo.—Herida de un centímetro de extension á la derecha y á ocho centímetros del ombligo. Hernia del epiploon del tamaño de un garbanzo.—Curacion el 4 de Mayo.

2.ª—Cirugía núm. 6.—Florencio Olguin.—Noviembre 7 de 1870.—Herida de cuatro centímetros á ocho, arriba del ombligo y á tres á la derecha de la línea blanca, con hernia epiplóica del volúmen de una nuez.—Muerte el 8 del mismo á las nueve y media de la noche.—En la autopsía se encontró herido el intestino y peritonitis por derrame.

3.ª—Cirugía núm. 24.—Marcelino Flores.—Noviembre 13 de 1872.—Herida de tres centímetros en el epigastrio con salida del epiploon formando hernia del tamaño de un garbanzo.—Alta, sano el 25 del mismo.

4.ª—Cirugía núm. 25.—Francisco Rodriguez.—Marzo 8 de 1873.—Una herida de dos centímetros, entre el ombligo y la espina iliaca antero-superior derecha, con hernia epiplóica del volúmen de una nuez.—Curacion el 30 de Abril.

5.ª—Sala de Clínica núm. 18.—José Gabriel.—Junio 17 de 1874.—Herida en la parte anterior del undécimo espacio intercostal izquierdo, de dos centímetros, con hernia epiplóica de diez de longitud y dos de latitud.—Alta, sano el 12 de Julio.

6.ª—Clínica núm. 20.—Francisco Ocampo.—Junio 23 de 1874.—Herida de dos centímetros en el undécimo espacio intercostal derecho. Epiploon herniado, veinte centímetros.—Curacion el 25 de Julio.

7.ª—Clínica núm. 14.—Domingo Jimenez.—Enero 6 de 1874.—Heri-

da en el hipocondrio izquierdo con hernia voluminosa.—Alta, sano el 3 de Febrero.

8.ª—Clínica núm. 35.—Onofre Vazquez —Julio 3 de 1875.—Herida de tres y medio centímetros en el hipocondrio izquierdo, con siete de salida de epiploon.—Curacion el 26 del mismo.

9.ª—Clínica núm. 27.—Lucio Rios.—Febrero 19 de 1876.—Herida de trece milímetros á seis centímetros á la derecha del ombligo, con hernia epiplóica, y otras varias heridas de las que una fué penetrante de pecho.—Alta, sano el 24 de Marzo.

10.ª—Cirugía núm. 10.—Celso Ramos.—Abril 11 de 1876.—Herida de un centímetro en el flanco izquierdo con epiplocele de un centímetro.—Curacion el 3 de Mayo.

11.ª—Clínica núm. 47.—Guadalupe Sanchez.—18 de Julio de 1876.—Herida de tres centímetros y medio en el hipocondrio izquierdo, con epiplocele de un centímetro.—Curacion el 18 de Setiembre.

De la lectura de estas observaciones, se deduce que en once casos de herida penetrante de vientre complicada de salida de epiploon, tratados por la ligadura, diez han curado, y en el undécimo que murió, estaba además *herido el intestino.*

*Francisco Blasquez.*